

Interview Date:	Processing Time: :HR :MIN
Approval:	Action Taken:
Interviewer:	Computer Entry:

CUESTIONARIO DE PRE-QUEJA - EMPLEO

La información requerida en este formulario nos servirá para ayudarle a usted. No hay garantía que esta información resulte en una investigación. Por favor marque o conteste solamente las preguntas que sean aplicables.

USE LETRA DE IMPRENTA

FECHA

NOMBRE

Primer Nombre

Inicial

Apellido

DIRECCION

Número y Calle

Número de Apto.

Ciudad

Condado

Código Postal

NUMERO DE TELEFONO:

TRABAJO ()

CASA ()

Area

Area

Prefiero que se me cumunique por teléfono al trabajo__ o casa__: Días: _____ Horas: _____

Personas con quien comunicarse si ud. no se encuentra o se ha mudado:

Nombre _____ TELEFONO () _____
Area

DESEO REGISTRAR UNA QUEJA CONTRA: (Compañía, agencia, unión, empresa, etc. Provea nombre y dirección.)

NOMBRE

DIRECCION

Número y Calle

Ciudad

Condado

Código Postal

NUMERO DE TELEFONO:

TRABAJO ()

NUMERO DE EMPLEADOS (Aproximadamente.)

Area

En el sitio de trabajo _____ En la compañía en total _____

TAMBIEN DESEO QUEJARME CONTRA: (Nombres de otras personas que estan involucradas en esta queja en particular.)

NOMBRE

PUESTO

TELEFONO ()

Area

DIRECCION

(si la conoce)

Número y Calle

Ciudad

Condado

Código Postal

EMPLEADOR QUE APARECE EN LA FORMA W-2:

NOMBRE

DIRECCION

(si la conoce)

Número y calle

Ciudad

Condado

Código Postal

(USE HOJAS EXTRAS SI ES NECESARIO)

1. Creo que fui discriminado a causa de mi (por favor marque las que correspondan):

Sexo Cáncer Embarazo Edad (40 años o más)

Raza

Orientación Características Estado Civil Permiso de Ausencia para Cuidado

Color Sexual Genéticas Familiar Negado

Credo Religioso _____ Incapacidad (incluyendo el SIDA) _____ Origen

Nacional/Ascendencia _____
(Especifique)

(Especifique)

(Especifique)

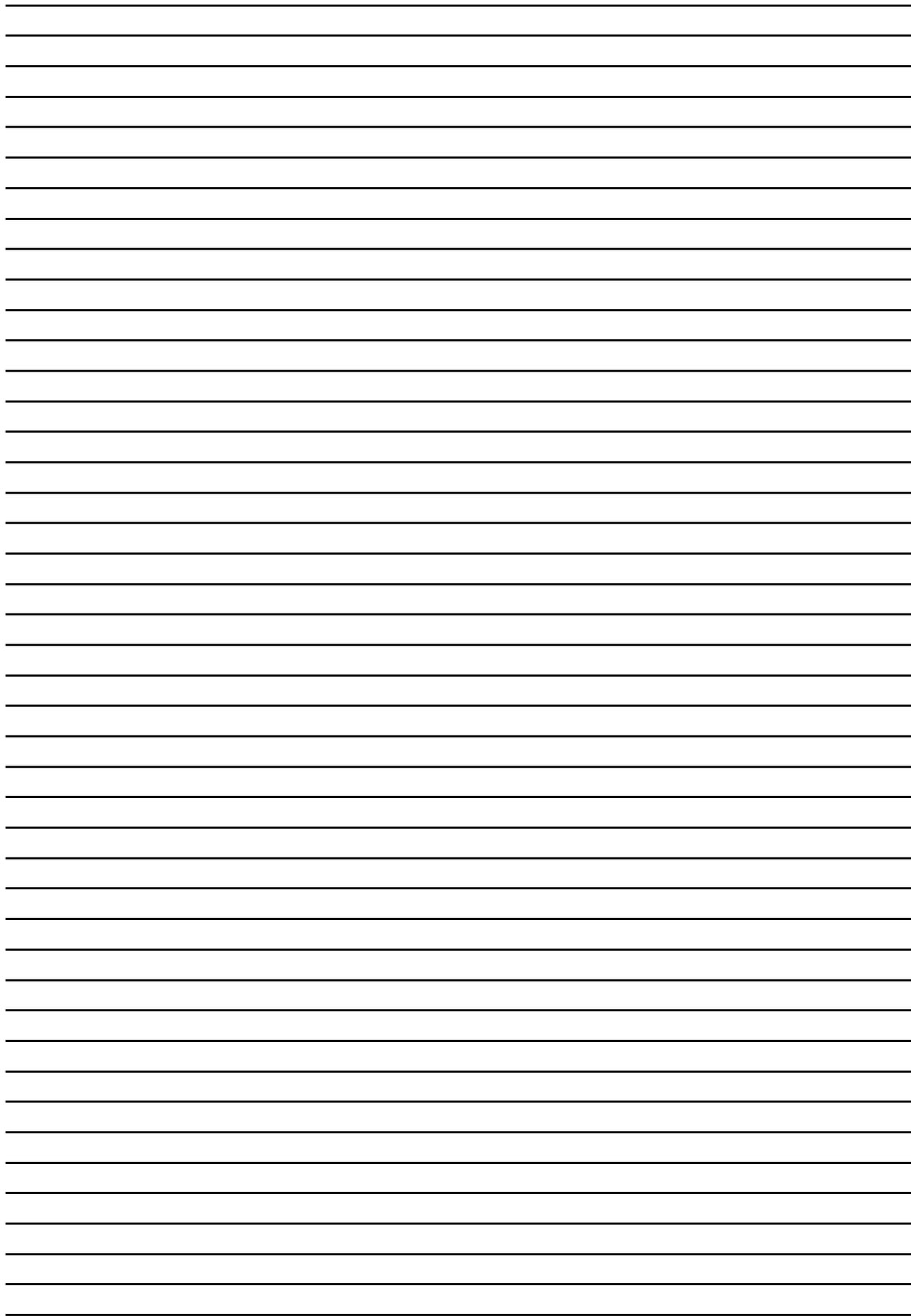
2. Marque la discriminación sufrida e indique **la fecha en** que ocurrió:

Despedido _____ Empleo Negado _____ Ascenso Negado _____ Acosado _____

Ausencia por Embarazo o Cuidado Familiar Negado _____ Acomodación Negada _____ Desigualdad en el Pago _____

Acomodación para el Embarazo Negada _____ Pregunta Ilegal No Relacionada con el Trabajo _____

Represalia _____ Otra _____



3. ¿Por qué cree usted que su trato fue discriminatorio? (Si otros fueron tratados mejor que usted, dé los nombres, direcciones y ejemplos.) _____

4. Lista de nombres, direcciones, y números de teléfono (si es posible) de testigos, compañeros de trabajo u otros que ud. cree que puedan proveer evidencia. Explique lo que ud. piensa que cada testigo nos podrá decir.

Nombre y Dirección	Puesto/Relación* (*Compañero de trabajo, supervisor, etc.)	Número de Teléfono	
		Casa	Trabajo

Puede proveer información concerniente a: _____

Nombre y Dirección	Puesto/Relación* (*Compañero de trabajo, supervisor, etc.)	Número de Teléfono	
		Casa	Trabajo

Puede proveer información concerniente a: _____

(Use hojas extras si son necesarias para proveer información adicional.)

5. DATOS DE EMPLEO: (Conteste cada pregunta que pueda.)

A. Fecha en que puso su solicitud o comenzó a trabajar: _____

B. Puesto de trabajo y salario cuando ocurrió la discriminación: _____

C. Nombre y puesto del supervisor inmediato o entrevistador: _____

D. ¿Si usted fue despedido, quién lo reemplazo? _____

E. ¿Si usted fue despedido o si se le negó trabajo, ha estado trabajando desde entonces? Sí _____ No _____

Fecha Cuando Comenzó Su Empleo: _____ Salario: _____ Puesto: _____

F. Si se le negó trabajo:

< ¿Como supo del trabajo y el salario? _____

< ¿Presentó su solicitud por escrito o verbalmente? _____

< ¿A quien entregó su solicitud? _____ Fecha _____

< ¿Como se informó que fue rechazado? _____ Fecha _____

< ¿Sabe a quién le dieron el puesto? _____

6. ¿Ha registrado Ud una queja con la Comisión de Igualdad y Oportunidad de Empleo de los E.U. (EEOC) antes de venir a este departamento (DFEH)? Sí _____ No _____ Fecha _____

7. ¿Ha hablado con un abogado sobre este problema? Sí _____ No _____
NOMBRE _____ TELEFONO (____) _____
Area _____

DIRECCIÓN _____

8. DATOS PERSONALES:

RAZA/ETNICIDAD: (Marque la caja que lo describe mejor) <input type="checkbox"/> Nativo Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico/Isleño del Pacifico (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Afro-Otro <input type="checkbox"/> Caucasico (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Hispano (especifique) _____	IDIOMA PRINCIPAL _____ _____
---	------------------------------------

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ (El Acto de Privación Federal de 1974 prohíbe el requisito que una agencia del Estado de California revele el Numero del Seguro Social de un individuo. Revelacion de su Numero de Seguro Social es voluntario.)	FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____	SEXO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Fecha de Nacimiento _____
---	---	---

NO ESCRIBA EN ESTA AREA
INTERVIEWER'S NOTES

Complainant's assertions:

What does Complainant say will be the employer's position?

Comparative data/relevant information:

What does Complainant want as a remedy?

Complaint taken for investigation: Yes ___ No ___
If taken for purposes of filing only, list why:

If **NO**, was "b" offered? Yes ___ No ___

If not taken, rationale:

Complainant advised of statute of limitations? Yes ___ No ___
Complainant advised of other agencies? Yes ___ No ___

Date statute runs: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY

DFEH CODE: LAW ___ BASIS ___ ACT ___ REJECT ___ PUBLIC ___

DFEH-600-03S (06/03)